Deutscher Bundestag **Drucksache 18/7413**

18. Wahlperiode 28.01.2016

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Ulla Jelpke, Sabine Zimmermann (Zwickau), Frank Tempel, Herbert Behrens, Karin Binder, Matthias W. Birkwald, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Roland Claus, Kerstin Kassner, Dr. André Hahn, Katja Kipping, Caren Lay, Sabine Leidig, Ralph Lenkert, Michael Leutert, Dr. Gesine Lötzsch, Thomas Lutze, Birgit Menz, Martina Renner, Dr. Petra Sitte, Dr. Kirsten Tackmann, Azize Tank, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert, Hubertus Zdebel, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten eine medizinische Versorgung grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese weitreichende Beschränkung der Gesundheitsversorgung verletzt das Menschenrecht auf Gesundheit, das über die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und andere internationale Abkommen garantiert ist. Sie widerspricht auch dem Grundrecht der Menschenwürde sowie dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes. Denn diese Grundsätze gelten für alle hier lebenden Menschen, ungeachtet der Nationalität oder des Aufenthaltsstatus.

Mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde diese Verletzung von Menschenrechten verschärft. Obwohl es im Gesetzgebungsverfahren von Wohlfahrtsverbänden, Hilfsorganisationen und Verfassungsrechtlerinnen und -rechtlern bemängelt wurde, hat die Bundesregierung an den weitgehenden Einschränkungen der Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG festgehalten. Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz führt zu weiteren Verschlechterungen und zur Stigmatisierung in der gesundheitlichen Versorgung der Asylsuchenden.

Beeinträchtigt wird die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden zusätzlich durch ein oft extrem zeit- und personalaufwändiges Antrags- und Prüfverfahren bei den Sozialämtern, wenn Asylsuchende oder Geduldete einen Krankenschein, eine Facharztüberweisung oder eine Krankenhausbehandlung benötigen. Selbst Heilmittel, wie etwa Physiotherapie, müssen trotz Vorliegens einer ärztlichen Verordnung in den meisten Bundesländern zusätzlich beim Sozialamt beantragt werden. Wenn Leistungsberechtigte nicht rechtzeitig Termine bei den zuständigen Sozialämtern erhalten, kann dies dazu führen, dass der Leistungsanspruch de facto ins Leere läuft. Die Folge können medizinisch nicht vertretbare Verzögerungen der Behandlung

sein. Es besteht die Gefahr, dass selbst unaufschiebbare Behandlungen unter Gefahr für Leib und Leben verschleppt werden. Todesfälle, gesundheitliche Schädigungen sowie schwerste Behinderungen und Menschenrechtverletzungen, die auf willkürliche oder zu späte Entscheidungen der Behörden oder des Personals zurückzuführen sind, sind dokumentiert (vgl. ausführlich www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf, Seite 39 – 54).

Die behördlichen Hemmnisse, das Menschenrecht auf medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, wurden mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz nicht aus dem Weg geräumt. Den Ländern wurde lediglich erleichtert, die menschenverachtende Praxis durch ein Verfahren über die Krankenkassen zu ersetzen, die dann Gesundheitskarten an die Asylsuchenden ausgeben. Eine Verpflichtung der Länder, diese Möglichkeit tatsächlich zu nutzen, gibt es nicht. Einzelne Bundesländer haben bereits angekündigt, diese Vereinfachungen für Verwaltungen und Asylsuchende nicht einführen zu wollen, obwohl die Erfahrung mit der Ausgabe von gesundheitskarten in Bremen und Hamburg zeigt, dass die Versorgung über eine Gesetzliche Krankenkasse im administrativen Bereich wesentlich effektiver und kostengünstiger als bei den Sozialämtern durchgeführt werden kann (www.zeit.de/feature/krankenversicherung-fluechtlinge-hamburg).

In Bremen und Hamburg, den Ländern, die als erste eine Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt hatten, waren die Leistungen de facto aus pragmatischen Gründen auf diejenigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt, die auch andere Versicherte ohne Antrag bei der Kasse in Anspruch nehmen können. Eine ähnliche Lösung befindet sich im Land Brandenburg im Gesetzgebungsverfahren. Nordrhein-Westfalen und Berlin haben die Voraussetzungen bereits geschaffen.

Die Neuregelung durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz sieht dagegen vor, in Zukunft ein Merkmal „Asyl“ auf den Gesundheitskarten zu speichern. Dies soll anzeigen, dass lediglich Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, d. h. entsprechend eingeschränkte medizinische Maßnahmen, abrechenbar sind. Damit findet sich zukünftig die Ärztin/der Arzt in einer Doppelrolle wieder: Einerseits muss und will sie/er Leistungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erbringen. Andererseits sind die Leistungen auf ein Maß unterhalb des medizinisch Notwendigen begrenzt. Sie/er muss zusätzlich die Entscheidung treffen, inwieweit ein Krankheitsfall als akut oder schmerzhaft zu betrachten ist und dementsprechend nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vergütet wird. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Arzt oder die Ärztin entscheiden, ob er/sie die Leistung dennoch erbringen will und sich damit entsprechenden Abrechnungsschwierigkeiten aussetzt.

Ärzteverbände hatten in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, dass Asylsuchenden benötigte medizinische Leistungen vorenthalten werden und den gleichen Leistungsanspruch für alle Menschen gefordert. Es ist absurd, gerade den Ärztinnen und Ärzten, die den ethischen Auftrag zur bestmöglichen Behandlung haben, die Funktion desjenigen zu übertragen, der über das Recht von Menschen entscheidet, eine medizinisch notwendige Behandlung in Anspruch nehmen zu dürfen oder nicht.

Medizinethisch ist die diskriminierende eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG nicht zu vertreten. Auch in Zukunft werden in den Bundesländern, die keine Gesundheitskarten ausgeben, medizinische Laien in den Sozialämtern entscheiden, ob ein nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anzuerkennender Behandlungsbedarf besteht oder nicht und ob bzw. welche amtsärztlichen Prüfungen zur Klärung eines etwaigen Behandlungsbedarfs eingeleitet werden sollen. Dabei ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheitszuständen medizinisch keineswegs eindeutig definiert und der Zugang zur erforderlichen Behandlung insoweit oft eine auf Willkür beruhende Entscheidung.

Die Ausgabe einer Gesundheitskarte an Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG bedeutet nicht, dass diese reguläre Mitglieder der Krankenkasse werden. Die Krankenkasse übernimmt zwar die Krankenbehandlung, doch die Betroffenen verbleiben im Status „nicht versichert“. Eine reguläre Pflichtmitgliedschaft würde bedeuten,

dass sie Vorversicherungszeiten für eine spätere freiwillige Mitgliedschaft in der GKV erwerben könnten, also ein weiterer Diskriminierungstatbestand entfallen würde.

Die Bundesregierung plant trotz der bekannten Defizite keine grundlegenden Verbesserungen bei der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitsschutz im Rahmen des AsylbLG. Bei der anstehenden Umsetzung der EU-Aufnahme-Richtlinie 2013/33/EU soll vor allem die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden Berücksichtigung finden. Darüber hinaus ist die Bundesregierung der Auffassung, dass AsylbLG erlaube bereits eine „angemessene gesundheitliche Versorgung“ (vgl. Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE., Bundestagsdrucksache 18/4758). Eine menschenrechtskonforme und medizinethisch nicht zu beanstandende Gesundheitsversorgung erfordert jedoch die gleichberechtigte Versicherungspflicht aller Menschen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, ihrer Herkunft oder ihrem Vermögen.

Durch die Ausgabe von Gesundheitskarten und das in § 264 Absatz 2 SGB V geregelte Erstattungsverfahren würde ein weniger Bürokratie verursachendes, einheitliches System der Krankenversicherung für alle AsylbLG-Berechtigten gleichermaßen geschaffen. Die im Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz derzeit vorgesehenen Krankenkassenverträge auf Landesebene würden überflüssig. Das seit 2004 für §-2-AsylbLG-Berechtigte geltende Kostenerstattungssystem nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V würde dann bundesweit gleichermaßen den Zugang für alle AsylbLG-Berechtigten zu einer gesetzlichen Krankenversicherung nach Wahl sicherstellen (vgl. dazu auch den Antrag Hamburgs, Bundesratsdrucksache 392/2/14 (neu) vom 10. Oktober 2014).

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen und einen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen, um sicherzustellen, dass

1) alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und den §§ 20 ff. des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) einbezogen werden. Die in § 5 Absatz 8a Satz 2 und 3 SGB V und in § 5 Absatz 11 SGB V für Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem AsylbLG und dem SGB XII vorgesehenen Ausschlüsse von der GKV sind zu streichen. Die für Ausländerinnen und Ausländer in § 5 Absatz 11 SGB V vorgesehenen Ausschlüsse sind ebenfalls zu streichen, soweit der erlaubte Aufenthalt über einen dreimonatigen Kurzaufenthalt hinausgeht. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sind von Zuzahlungen gemäß den §§ 61, 62 SGB V zu befreien. Der Beitrag ist entsprechend der Regelung für Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen und -Bezieher festzusetzen (§ 246 SGB V). Die Beiträge für die Krankenversicherung von Asylsuchenden trägt der Bund;
2) übergangsweise und kurzfristig die seit 2004 für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG geltende Ausgabe von Gesundheitskarten nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V auf alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ausgeweitet wird. Die Leistungsbeschränkungen in § 4 Absatz 1 AsylbLG auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind ersatzlos zu streichen. Die Einführung entsprechender Merkmale auf der Gesundheitskarte oder anderen Anspruchsnachweisen nach § 264 SGB V ist rückgängig zu machen.

Berlin, den 28. Januar 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch

Begründung

Grundsätzlich ist die Abschaffung des AsylbLG als diskriminierendes Sondergesetz und die Überführung der bislang von diesem Gesetz umfassten Personen in das allgemeine System der sozialen Sicherung nach den Sozialgesetzbüchern einschließlich der Gesundheitsversorgung geboten, um einen menschenrechtskonformen Zugang zur sozialen Sicherung zu schaffen. Einen diesbezüglichen Antrag der Fraktion DIE LINKE. (Bundestagsdrucksache 18/2871) hat der Deutsche Bundestag am 6.11.2014 allerdings abgelehnt.

Das Grund- und Menschenrecht auf Gesundheit ist in Art. 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (A-EMR), Art. 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Pakt), Art. 6 Internationaler Pakt über politische und bürgerliche Rechte, Art. 11 Europäische Sozialcharta sowie Art. 35 Europäische Grundrechtecharta garantiert. In der Präambel zur 1946 verabschiedeten WHO-Erklärung heißt es: „Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen." Art. 25 AEMR bestimmt: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der ihm und seiner Familie Gesundheit und Wohlergehen ausreichend sichert, insbesondere Nahrung, Kleidung, Unterkunft und medizinische Versorgung sowie die erforderlichen Sozialleistungen."

In Art. 12 des von Deutschland 1973 ratifizierten WSK-Pakts heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an." Nach den Hinweisen des WSK-Ausschusses (General Comment Nr. 20) gilt dies „für alle Menschen, einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, ungeachtet dessen, welche Rechtstellung sie besitzen." Jegliche Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten ist nach dem WSK-Pakt verboten.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) ist das Recht auf Gesundheit Teil des auch für ausländische Staatsangehörige, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, anerkannten Grundrechts auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 und 20 Abs. 1 GG, vgl. Urteil vom 18.07.2012, AZ: 1 BvL 10/10. Das Urteil hält die gesetzliche Festlegung eines gruppenspezifischen Minderbedarfs bei dem auch die physische Existenz umfassenden menschenwürdigen Existenzminimum nur für zulässig, wenn ein solcher Minderbedarf empirisch ermittelt und objektiv belegbar ist. Die in §§ 4 und 6 AsylbLG enthaltenen Einschränkungen der medizinischen Versorgung gegenüber der den notwendigen Bedarf an medizinischer Versorgung abdeckenden Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1 SGB V) wären demnach nur gerechtfertigt, wenn empirisch erwiesen wäre, dass die Beschränkung des Behandlungsbedarfs auf Symptombehandlungen und Akuterkrankungen aus den besonderen Eigenheiten der im AsylbLG erfassten Personengruppe zu erklären ist. Es ist aber gerade nicht belegt, dass Asylsuchende in geringerem Maße der ärztlichen Hilfe bedürfen als andere Menschen.

Trotz der vergleichsweise großzügigen Auslegung der in §§ 4 und 6 AsylbLG definierten, mit Ausnahme des Zahnersatzes weitgehend dem GKV-Standard entsprechenden Leistungsumfangs waren in Hamburg die Gesundheitsausgaben nach §§ 4 und 6 AsylbLG nach Einführung der GKV-Karte gleichbleibend. Aufgrund der wesentlich geringeren Administrations- und Personalkosten waren im Ergebnis deutliche Einsparungen zu verzeichnen. Die Hamburger Sozialbehörde beziffert die Einsparungen auf 1,6 Millionen Euro jährlich. (Vgl. dazu Burmester, Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, NDV 2015, 109). Studien belegen, dass die Leistungsausschlüsse durch Folgekosten verschleppter Behandlungen sogar zusätzliche Gesundheitskosten verursachen (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2015). Eine Studie des Universitätsklinikums Heidelberg und der Universität Bielefeld stellt fest, dass die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für medizinische Versorgung bei Asylsuchenden mit beschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung in den letzten 20 Jahren um rund 40 Prozent und damit um 376 Euro im Jahr höher lagen als bei Asylsuchenden, die bereits Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hatten (http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483).

Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333